



*Ministero della Salute*

**DIREZIONE GENERALE DEI DISPOSITIVI MEDICI E DEL SERVIZIO  
FARMACEUTICO**

UFFICIO 5 – Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici

UFFICIO 4 – Dispositivi medico diagnostici in vitro

Viale G. Ribotta n. 5 – 00144 Roma

**Modulo per la segnalazione dei reclami da parte  
dell'operatore sanitario al Ministero della Salute**

Data di compilazione del reclamo [Fare clic o toccare qui per immettere una data.](#)

Numero interno del reclamo [Fare clic o toccare qui per immettere il testo.](#)

**DATI DELL'OPERATORE SANITARIO COMPILATORE DEL MODULO**

Nome e Cognome	
Qualifica	
Regione	
Struttura sanitaria di appartenenza	

**DATI RELATIVI AL DISPOSITIVO MEDICO / DISPOSITIVO MEDICO-DIAGNOSTICO IN VITRO**

Fabbricante	
Mandatario (se disponibile)	
Tipo di dispositivo	Scegliere un elemento.
CND	
Numero progressivo di registrazione del dispositivo presso il Ministero della Salute (se disponibile)	
Classe del dispositivo (se disponibile)	Scegliere un elemento.
Codice del dispositivo del fabbricante (codice catalogo)	
Nome commerciale del dispositivo	

Numero di lotto o di serie	
UDI-DI di base (se disponibile)	

**Descrizione del reclamo**

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Data nella quale è stata trasmessa la segnalazione del reclamo al fabbricante**  
Fare clic o toccare qui per immettere una data.

Firma .....